

Hvorfor holdes det fremdeles muntlige rapporter i helseinstitusjoner når helsepersonell har tilgang til elektronisk pasientjournal?

En kvalitativ studie

Anne Deinboll og Tone Knudsen Oddvang

Anne Deinboll, Nord universitet, anne.deinboll@nord.no

Tone Oddvang, Nord universitet

Sammendrag

Bakgrunn: Muntlig rapport har lang tradisjon i helsetjenesten. Elektronisk journaldokumentasjon er tilgjengelig, og det argumenteres for at skriftlig informasjon kan erstatte den muntlige overleveringen av pasientinformasjon. Noen steder er muntlig rapport erstattet med stille rapport for å spare tid og ressurser. Hensikt: Hensikten er å utvikle kunnskap om hvilke tema helsepersonell snakker om under rapportmøter i helsetjenesten. Metode: Kvalitativ tilnærming, Krippendorffs innholdsanalyse. Sykepleierstudenter samlet data fra rapportmøter i sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste. Resultat: Organisatoriske forhold og drift, pleie og behandling ble mest omtalt. Faglige forhold og personalets bekymring og frustrasjon ble ofte omtalt. Privat prat opptok liten del av rapportmøtene. Konklusjon: Rapportmøtene inneholder mer enn formidling av pasientopplysninger, og må få større fokus mens videreutvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) pågår. Effektivisering av helsetjenesten, uten konsekvensutredning av reduksjon i rapport-tiden, kan medføre kvalitetsforringelse av sykepleietjenesten og pasientsikkerheten. Sykepleiernes organiseringsvirksomhet kan kamoufleres i begrepet rapport.

Nøkkelord

Muntlig rapport, sykepleie, sykepleierens organiseringsarbeid, kvalitativ metode, pasientsikkerhet og elektronisk pasientjournal.

Fagfellevurdert artikkel

<https://doi.org/10.7557/14.5770>

© Forfatter(n). Denne artikkelen er lisensiert under en [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) lisens.

Innledning

Rapportmøtene har vært en viktig del av en avdelings pleiekultur og har lang tradisjon i helsetjenesten. Rikke Nissen beskriver «sykeberetninger» i den første norske læreboka for sykepleiere i 1877. Muntlig og skriftlig rapport ble første gang beskrevet i Norge, i «*Lærebok for sykepleiersker*» i 1941 (Moen, Quivey, Mølsted, Berge & Hellesø, 2008). Moen et al., sier at muntlig rapport i form av utveksling av opplysninger er nødvendig for å koordinere det daglige arbeidet (Moen, Mølsted & Dale, 2009). Lovverket stiller krav til dokumentasjon av pasientbehandling gjennom Lov om helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Den skriftlige sykepleiedokumentasjonen er endret etter innføringen av elektronisk pasientjournal rundt år 2000, fra papirformat til digitalt format. Elektronisk pasientjournal (EPJ) defineres som en e-helse-løsning: «E-helse blir definert som bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å bedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren» (Direktoratet for e-helse, 2016). Digitale tjenester skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere, og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig. I Meld. St. 9 (2012-2013) «*En innbygger – én journal*», defineres målene og retning vises for utvikling av helhetlige IKT-systemer for helse- og omsorgssektoren (Omsorgsdepartementet, 2012). Nødvendige helseopplysninger skal følge pasienten hele veien. IKT-systemene skal ta utgangspunkt i pasientenes og tjenestenes behov, samtidig som konfidensialitet og personvern blir ivaretatt. Videre beskriver e-helsedirektoratet at når helsepersonell ikke har tilgang til oppdatert og relevant informasjon, kan det gå ut over pasientsikkerheten og mulighetene til å gi god behandling (Direktoratet for e-helse, 2016a).

Videreformidlingen av informasjon om pasientenes helsetilstand har tradisjonelt foregått muntlig ved vaktskiftet, og rapporten ble oppfattet som et viktig forum for samarbeid mellom hjelpepleiere og sykepleiere (Hamran, 1991). Elektronisk dokumentasjon gir mange ansatte tilgang til samme dokumentasjon samtidig, i motsetning til den papirbaserte kardexen. I vår studie er det underordnet hvilket elektronisk journalsystem som benyttes. Helsedirektoratets rapport om EPJ i omsorgstjenesten oppsummerer at alle de tre største kommunale systemene har store utfordringer og forbedringspotensialer med både innhold og funksjonalitet (Helsedirektoratet, 2014). Bruken av EPJ har medført endringer i yrkesutførelsen, bl.a. har “stille rapport” blitt innført flere steder. Allikevel ser vi fortsatt en utstrakt bruk av muntlig rapportering både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi ønsket å finne ut hva rapportmøtene inneholdt.

Bakgrunn

Hamran beskriver at rapporten på en sykehusavdeling inneholder en systematisk utveksling og gjennomgang av faglige spørsmål, og at rapporten representerer det tydeligste arbeidsfellesskapet (Hamran, 1991). Rapporten på en sykehusavdeling

gir uttrykk for en avdelings- eller pleiekultur, hvor de enkelte ansattes personlige kunnskap, erfaring og kjennskap omdannes til en felles kunnskap om pasienten. Sykepleierne er nettverksbyggerne i helsevesenet. Allen hevder at det er lite som skjer i helsevesenet uten at en sykepleier på en eller annen måte er involvert (Allen & Birkeland, 2019). Sykepleierens rolle er nært knyttet til organiseringen av pasientarbeidet, og sykepleierne har i mange sammenhenger hovedansvaret for avdelingens døgkontinuerlige drift. Dette er en funksjon som har vist seg å være lite tydeliggjort, og som også sykepleiere kan la være å anerkjenne (Orvik, 2015).

Erfaringsmessig har rapportmøtene mellom vaktskiftene vart i omtrent en halv time. Rutinene for sykepleiedokumentasjon har endret seg, og ulike strukturer for rapportering har vært, og blir prøvd ut både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. For eksempel er rapportmøter som tidligere ble holdt for hele personalgruppen, forsøkt delt opp i grupper. Lov om helsepersonell stiller krav om personvern, og begrensninger i innsynsrett om pasienter og pasientforhold (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Rapport til mindre grupper, eller at hver enkelt leser dokumentasjon kun om pasienter de har behandlingsansvar for, kan også spare inn på rapport-tiden, og medfører at kun helsepersonell med behandlingsansvar får informasjon om de aktuelle pasientene.

Rapportmøtene har overlevd mange forsøk på å bli redusert eller fjernet (Moen et al., 2008). Flere norske sykehus kuttet i 2017 kuttet ned den muntlige sykepleierrapporten i vaktskiftene fra 30 til 15 minutter (Dolonen, 2017).

Litteraturgjennomgang

De internasjonale og nasjonale studiene vi fant omhandlet vesentligst innholdet i selve rapporteringen og forbedringsmuligheter av den, ved for eksempel overflyttinger, i vaktskifter, støttefunksjoner med sjekklister, eller kompetanse og ledelse, roller og rollefordeling. Forholdet mellom muntlig og skriftlig informasjon som ble utvekslet i en rapportsituasjon, er undersøkt (Lamond, 2000). En studie fra 2014 (Kitson, Athlin, Elliott & Cant, 2014) omhandler kvaliteten på den muntlige kommunikasjonen i rapportmøter i vaktskifter. Studien setter søkelys på hva som preger kommunikasjonen, ikke på hva kommunikasjonen handler om. Kitsons studie viser at det har skjedd en dreining i fokuset for forskning på sykepleierrapportering. På 1980-tallet var bakgrunnen for forskningen ofte ressurser og økonomiske styrings spørsmål rundt skift overlapp, mens på 2000-tallet drev bekymringene for pasientsikkerhet mange studier.

Studier fra rundt århundreskiftet satte søkelys på tekniske aspekter, for eksempel informasjonsbehandling (Kitson et al., 2014). Flere studier omhandler strukturen og kvaliteten på den muntlige rapporten (Abraham et al., 2016; Giske, Melås & Einarsen, 2017; Jefferies, Johnson & Nicholls, 2012). Studiene undersøker ikke innholdet i rapportmøtene. Nyere forskning viser et forskningssøkelys på kvalitetssikring og hvordan kommunikasjonen presenteres, eks. ISBAR

kommunikasjon (Stewart & Hand, 2017). Et annet område som forskes på i tilknytning til EPJ er terminologi og internasjonale kodeverk, eks. ICNP (Mølsted & Henriksen, 2001). Planen er å bruke et felles kodespråk og standard for klassifisering og koding av pasientdata og behandlingsplaner. Det skal også være mulig å hente ut forskningsdata fra EPJ (Direktoratet for e-helse, 2018). Det er viktig å dokumentere grundig for at kodeverket skal gi mulighet for å oppfatte nyansert og fullstendig informasjon om pasientens syke- og helsehistorie.

Allen har forsket på overlevering av muntlig informasjon i vaktskiftene, og funnet at den fungerer som en viktig mekanisme i formidlingen av pasientenes forløpshistorier. En forløpshistorie dreier seg om mer enn overføring av informasjon og direkte helseopplysninger. Forløpshistorien omfatter ikke bare sykepleie, men gir en helhetsforståelse rundt pasienten, og inneholder ofte mer enn det som er nedtegnet i dokumentasjonssystemet (Allen & Birkeland, 2019).

I nyere sykepleielitteratur er det ikke skrevet mye om muntlig rapport, litteraturen omhandler skriftlig og digital dokumentasjon (Moen et al., 2009).

Hensikt med studien

Litteraturgjennomgangen viser at innholdet i rapportmøtene mellom vaktskifter i helseinstitusjoner er lite forsket på.

Enkelte institusjoner og avdelinger i helsetjenesten har med bakgrunn i innføringen av EPJ erstattet den muntlige rapporteringen med «stille rapport», eller kuttet i rapporttiden. Vi undret oss over hvorfor rapportmøter fremdeles avholdes på mange institusjoner i helsevesenet. Denne studien bestreber seg på å bidra til dette forskningsområdet ved å undersøke innholdet i rapportmøter i sykehus, sykehjem og hjemmebasert omsorg, og utvikle kunnskap om innholdet i rapportmøtene.

I vår studie er den muntlige rapporteringen fokus. Studien er aktuell fordi det er stort søkelys på pasientsikkerhet, tid, effektivisering og ressurs-sparing i helsetjenesten.

Metode

Design

For å besvare forskningsspørsmålet ble en kvalitativ tilnærming valgt fordi vi ville utforske hvilke temaer som kan være innholdet i rapportmøter i helseinstitusjoner. I tillegg ønsket vi å se på betydningen av innholdet i rapportmøter. Som kliniske sykepleiere hadde begge forfatterne mange års erfaring fra rapportsituasjoner i helseinstitusjoner. Egne erfaringer med konteksten er et egnet utgangspunkt for et innholds analytisk design (Krippendorff, 2018). Våre erfaringer som sykepleiere ble vektlagt som et grunnlag for utforming av undersøkelsen.

Undersøkelsens design tok utgangspunkt i å samle data fra rapportmøter i ulike helseinstitusjoner og benytte sykepleierstudenter som forskningsassistenter til datasamlingen. For å oppnå et håndterbart materiale når flere personer skulle samle data, fant vi det hensiktsmessig at studentene samlet data ved å registrere i et skjema. Sentrale punkter med utgangspunkt i vår erfaring ble formulert og satt inn i skjemaet. For å kvalitetssikre at punktene var relevante og dekkende for hva som kan omtales i rapportmøter, ble de validert av sykepleiere med erfaring fra rapportmøter i ulike helseinstitusjoner. Tilbakemeldingene førte til at vi korrigererte og tilføyde punkter. Punktene ble benevnt med et gjenkjennelig språk, slik de oftest omtales i rapportmøtene i helsetjenesten.

For å forenkle registreringen og gjøre den enkel å utføre for studentene, ble registreringsskjemaet designet elektronisk i Microsoft Forms. Studentene kunne samle data ved å bruke mobiltelefonene sine, og sende skjemaene til oss, direkte etter utfyllelse. Det elektroniske registreringsskjemaet endte opp med 32 ulike punkt for avkryssing, supplert med noen ja/nei-spørsmål, og ett punkt med mulighet for å fylle inn fritekst. Målet med registreringsskjemaet var å få håndterbare data (Krippendorff, 2018) om hvor ofte de ulike temaene ble omtalt i rapportmøtene på ulike helseinstitusjoner.

Rekruttering av forskningsassistenter

Studenter i siste semester ble vurdert som egnet til datasamling på bakgrunn av større overblikk og høyere kompetanse, enn yngre studenter. Læringsutbyttene for siste semester omfatter blant annet dokumentasjon, kvalitetssikring, organisasjon, ledelse og forskning. Gjennom å delta i studien fikk studentene tilegnet seg forskererfaring. Ved at studentene allerede var i avdelingene i praksisstudier, hadde de anledning til å samle et større materiale på kort tid. Vi rekrutterte studenter ved å informere om prosjektet både muntlig og skriftlig til en klasse. Deretter kunne de melde seg til å delta og undertegne et informert samtykke om å delta i prosjektet. Det ble opplyst at de hadde mulighet til å avbryte deltagelsen. Åtte studenter ble rekruttert.

Uvalg

Det viste seg at de rekrutterte forskningsassistentene som skulle samle data, gjennomførte praksisstudier ved ulike avdelinger i kommune- og spesialisthelsetjenesten i universitetets praksisregion. Alle avdelingene anvendte muntlig rapport. Dette ga data fra ulike typer avdelinger og institusjoner. Utvalget besto av tre hjemmetjenestedistrikt, fire sykehjem og ett lokalsykehus, fordelt på tre kommuner.

Datainnsamling

Data ble samlet inn i perioden april-juni 2019. Studentene fylte ut registreringsskjemaene på mobiltelefonene sine, og sendte til oss. Studentene

samlet data fra ulike typer vaktskiftrapper, mellom natt- dag, dag- aften, aften-natt.

Analyse

Krippendorffs innholdsanalyse ble benyttet for å analysere dataene fra registreringsskjemaene. Vi anså dataene som en kommunikasjon som vi ønsket å oppdage, reflektere og tolke. Krippendorff (2018) fastslår at innholdsanalyse både forventer at forskeren skal se etter mening, men også kan vektlegge antall for eksempel i registreringer eller benevnelser i en kommunikasjon. Å kunne kombinere antall og mening var årsaken til at vi valgte denne metoden for å få svar på forskningsspørsmålet. Analysen ble utført av begge forfatterne sammen for å ivareta størst mulig reliabilitet i analyse og tolkning. Parallelt med forskningsprosessen skrev vi notater for å ivareta refleksjoner. Notater og diskusjoner med hverandre underveis bidro til å holde søkelys på, og distanse til, materialet, da forskning i eget miljø kan medføre selvsensur.

Microsoft Forms sin funksjon med å organisere avkryssinger av punktene i registreringsskjemaene, ble benyttet. Dette ga en oversikt over fordelingen av hvor hyppig de 32 registreringspunktene ble omtalt i de ulike rapportmøtene. Vi analyserte punktene i registreringsskjemaene. I tråd med Krippendorff (2018) analyserte og betegnet vi punktene som enheter. Enhetene ble diskutert ut fra innhold og mening før de ble gruppert etter felles trekk og innhold. Enhetene hadde en felles kontekst fordi alle var knyttet til innhold i et rapportmøte. De enkelte punktene viste seg deretter å knytte seg til hverandre i kategorier. Enhetene innenfor samme kategori hadde fellestrekk som selvstendig utelukket dem fra de andre kategoriene. Etter å ha samlet enhetene ut fra fellestrekk og felles innhold, benevnte vi de fem kategoriene etter betydning, i tråd med innholdsanalysen (Krippendorff, 2018). Kategoriene ble: 1) Organisatoriske forhold og drift, 2) Pleie og behandling, 3) Faglige forhold, 4) Utlufting/ personalets bekymring og frustrasjon, 5) Private forhold.

Til sist gikk vi tilbake til oversikten Microsoft Forms hadde sammenfattet, som viste hyppigheten de enkelte enheter var registrert med. Det viste seg at noen enheter hadde hyppige registreringer, og andre hadde færre. Deretter koblet vi hyppigheten i registreringer til enhetene i hver enkelt kategori og så hvordan fordelingen da viste seg. Det viste seg at enkelte enheter ble mye oftere omtalt enn andre under rapportmøtene. Dette førte til at kategoriene trådte fram med ulike størrelser. Kategoriene presentert etter tema og størrelse vises i Tabell 1.

Forskningsetiske betraktninger

Registreringsskjemaene var anonymisert og inneholdt ingen personopplysninger. Prosjektet er designet etter Helsinki-deklarasjonens forskningsetiske retningslinjer (WMA General assembly, 1964). Det ble søkt og gitt tillatelse til studien ved at Universitetet, institusjonsledelser og avdelingsledere i aktuelle avdelinger,

underskrev informert samtykke. Vi informerte alle ansatte i avdelingene om studien gjennom et informasjonsskriv. De fikk informasjon om at det skulle samles data fra rapportmøtene i avdelingen i aktuell, tidsavgrenset periode. Prosjektet ble funnet ikke-meldepliktig av REK, og er godkjent av NSD, nr. 605909.

Resultat

Studentene registrerte og leverte totalt 58 skjema fra ulike rapportmøter. 52 registreringsskjema var registrert etter rapporten, seks skjema var registrert under rapportmøtet. Spørsmålene med åpne svar viste videre at antall deltakere i rapportmøtene varierte mellom 3- 16 personer. Sykepleiere og helsefagarbeidere deltok i alle rapportene, andre deltakende yrkesgrupper var avdelingsledere, studenter, leger, lærlinger, ufaglærte, vikarer og renholdspersonale. Alle punktene i skjemaet ble krysset av for i varierende mengde. Muligheten for fritekst ble lite benyttet. Fritekstfeltet var kun benyttet i et fåtall av skjemaene, og da med utfyllende informasjon om de 32 registreringspunktene.

1 Organisatoriske forhold og drift

Denne kategorien trådte fram av punktene i registreringsskjemaet som omhandlet organisatoriske og administrative forhold i avdelingene. Det var tydelig at mange av disse temaene ble omtalt hyppig i rapportene, for de ble ofte registrert. Planlegging av dagen; var et stort punkt som ofte ble snakket om i rapportmøtene. Et annet tema som ble tatt opp var utfordringer personalet hadde i å prioritere mellom pasienter i stell og oppgaver. Personalet hadde tydeligvis også behov for å få luftet tanker rundt den daglige driften, da mangel på folk, det vil si huller i turnusen, sykefravær, bemanning forrige vakt og travelhet/opplevelse av tidsklemma også var tema som ble tatt opp i rapportmøtene. Andre tema som influerte på organisatoriske forhold i den daglige driften som også ble snakket om, var behovet for å uttrykke ønsker og behov knyttet til egen arbeidssituasjon, ferie og avspasering og tillitsvalgsaker. I forlengelsen av dette var det også registrert at saker som avvik, avviksmeldinger og møter i avdelingen var tema personalet hadde behov for å snakke om i rapportmøtene.

Felles for innholdet i punktene i denne kategorien er at den omhandler faktorer som er avgjørende for organisering og drift av en avdeling den aktuelle vekten, men også planlegging framover og tilbakeblikk på organisatoriske problemer som har blitt omtalt. Flere av disse punktene omhandler den enkeltes arbeidssituasjon, og viser at det er tema personalet har behov for å få luftet for hverandre og snakke om på en vakt. Rapportmøtene er forumet personalet har anledning til å ta det opp.

Tabell 1. Oversikt over hvordan enhetene fordelte seg og syntetiserte til kategorier

| Enheter | Antall registreringer | Kategori |
|--|-----------------------|--|
| Planlegging av dagen | 45 | 1. Organisatoriske forhold og drift totalt 127 registreringer |
| Utfordringer i å prioritere mellom pasienter | 10 | |
| Huller i turnus/mangel på personale | 12 | |
| Bemanning forrige døgn | 12 | |
| Travelt/tidsklemma | 13 | |
| Uttrykte ønsker og behov angående arbeidssituasjonen | 9 | |
| Ferie/avspasering | 8 | |
| Sykefravær | 6 | |
| Tillitsvalgsaker | 1 | |
| Møter | 5 | |
| Avvik | 3 | |
| Avviksmelding | 3 | |
| Planlegging av pleie og behandling til pasientene | 52 | |
| Akutte hendelser og forverring i pasientstatus | 20 | |
| Håndtering av pårørende | 23 | |
| Faglige diskusjoner | 37 | 3. Faglige forhold totalt 86 registreringer |
| Ideutveksling | 13 | |
| Spørsmål om prosedyrer | 11 | |
| Veiledning | 2 | |
| Opplæring | 5 | |
| Kurs | 4 | |
| Problemer med å finne informasjon | 2 | |
| Søke råd | 5 | |
| Behov for hjelpemidler | 7 | |
| Nære hendelser f.eks som skjedde i går | 9 | |
| Bekymring | 11 | |
| Frustrasjon | 19 | |
| Debriefing | 4 | |
| Arbeidsrelaterte personlige opplevelser | 6 | |
| Private hendelser og forhold | 10 | 5. Private forhold totalt 26 registreringer |
| Private hobbyer | 7 | |
| Prat om personale på andre avdelinger | 9 | |

2. Pleie og behandling

Den neste kategorien som utkrystalliserte seg handlet om; Pleie og behandling. Felles for innholdet i punktene i denne kategorien er at de omhandler faktorer som er direkte rettet mot pasientpleie og omsorg for pasientene. Pleie og behandling av pasientene ble omtalt på alle rapportmøtene, i tillegg ble det ofte snakket om akutte oppståtte hendelser og forverringer i pasientenes tilstand. Håndtering av pårørende regnes som behov nært knyttet til pasientpleien, og knyttet seg naturlig til denne kategorien.

3. Faglige forhold

Neste kategori som utkrystalliserte seg av temaene som ble omtalt i rapportmøtene var punkter som innebærer fagutvikling og kvalitetssikring av arbeidet. Faglige diskusjoner, faglige spørsmål og ideutveksling var omtalte tema her. Også

personalets veiledning av hverandre og opplæring var tema som ble ivaretatt i rapportmøtene.

I dette ligger det en deling av kunnskap, og en støtte til arbeidsfellesskapet. Å hjelpe hverandre til å finne svar på spørsmål og informasjon, til å finne ut hvor man slo opp og fant prosedyrebeskrivelser, hvor man kunne finne hjelpemidler og fortelle fra kurs, ble også registret at rapportmøtene ble brukt til innimellom. Alle disse temaene er med å ivareta personalet i avdelingens faglige standard og kvalitetssikring av pleien til pasientene. Det viser også at faglige spørsmål er hyppig omtalt i helseinstitusjoner.

4. Utlufting og personalets bekymring og frustrasjon

Kategori 4 ble dannet av faktorer som kan knyttes til arbeidshelse og stressrelaterte opplevelser hos personalet, personalets personlige opplevelser i avdelingen knyttet til pleiesituasjoner, og for eksempel bekymringer, frustrasjon og stress. Personalet viste et behov for å få bearbeidet eller uttrykket mer eller mindre alvorlige arbeidsrelaterte hendelser, og rapportmøtene kunne derfor også bli brukt til debriefing av spesielle hendelser. «Nære hendelser som skjedde for eksempel i går» ble registret hele 39 ganger, og viser at dette var et gjentatt behov for personalet å få snakket om.

5. Private forhold

Den siste kategorien omhandlet private forhold som ble omtalt i rapportmøtene. Kategorien inneholder samtaletema som *ikke* omhandler pasientene eller arbeidsstedet, men som omhandler de ansatte selv. Disse punktene som ble benevnt som private hendelser, hobbyer og prat om personalet på andre avdelinger viste seg å være tema som sjeldnest ble omtalt på rapportmøtene.

Diskusjon

Studien avdekket at rapportmøter i helseinstitusjoner kan omfatte mange ulike tema. Analysen avdekket fem kategorier: Organisatoriske forhold og drift, Pleie og behandling, Faglige forhold, Utlufting av personalets bekymring og frustrasjon, og Private forhold. Rapportering om pleie og behandling var hyppig omtalt, men resultatene viste at organisering og koordinering ble enda mer omtalt i rapportmøtene.

Organisering og planlegging- det usynlige arbeidet

Funnene viser at kategorien med flest registreringer var organisatoriske forhold og drift. Dette forteller om den store mengden planlegging og organisering som foregår daglig i tillegg til direkte pasientrelatert planlegging i en avdeling i helsetjenesten.

Allen har forsket på sykepleiernes organiseringsarbeid i Storbritannia, og betegnes av flere som «sykepleiernes usynlige arbeid» (Allen & Birkeland, 2019). Orvik (2015) understreker at sykepleiernes koordineringsarbeid kan være både

undervurdert og lite kommunisert. Michel et al., (2017) påpeker at sykepleiere i Frankrike selv ofte anerkjenner organiseringsarbeidet som mindre viktig enn direkte pasientpleie. Et viktig funn ved studien til Michel viser at tema knyttet til organisering og drift ble hyppigst omtalt i rapportmøtene der. Studien bidrar dermed til å avdekke sykepleiernes «usynlige» organiseringsarbeid, og understreker at sykepleiernes organiseringsarbeid er en vesentlig del av sykepleierfunksjonen.

Funnene viser at det er utfordringer med å prioritere mellom ulike pasienter og bemanning, og utfordringene sykepleierne har med å planlegge dagen. Allen (2019) omtaler prioriteringsarbeidet som “*den vanskelige kabalen*” når sykepleierne for eksempel stadig må tilpasse og utnytte sengefordelingen og romkapasiteten etter den enkelte pasients behov og avdelingens kapasitet. Arbeids- og ansvarsfordeling krever både kunnskap og forståelse og kan påvirke pasientsikkerheten og kvalitetssikringen av pleien (Giske et al., 2017), og mye av denne diskusjonen skjer i rapportmøtene. Dette samsvarer med funnene i denne undersøkelsen.

I rapportmøtene møter det påtroppende personalet den som har ledet organiseringen av avdelingen den forrige vekten. Denne lederen er som regel en sykepleier. Studien avdekket at planlegging og prioritering av oppgaver var hyppig omtalt i rapportmøtene. Rapport er et forum i en avdeling for å utveksle informasjon om pasienter og pleie til neste skift (Moen et al., 2008). Funnene bekreftet at det alltid var sykepleiere med i rapportmøtene. Studiet til Lamond (2000) viser til at informasjon formidlet i rapporten førte til en bedre planlegging av dagen. Kontakt og kommunikasjon med ledere var et av punktene som ble fremhevet i pasientsikkerhetskampanjen for å øke pasientsikkerhetsarbeidet (Helsedirektoratet 2017).

Helsepersonellens arbeidshelse

Studien avdekket at helsepersonellet også brukte rapportmøtene til debriefing, og til utlufting av bekymring og frustrasjon. Funnene viser at temaer som «nære hendelser som skjedde i går» og «utlufting av arbeidsrelaterte frustrasjoner» kunne være knyttet til opplevelser både med pasienter og pårørende. Ivaretagelse av personalets arbeidshelse i en avdeling er viktig å vektlegge for å forebygge stress og utbrenthet (Orvik, 2015). Funnene underbygger at det er viktig å anerkjenne at rapportmøter er et forum hvor man ivaretar utlufting av følelser og frustrasjoner hos personalet mens opplevelsene er ferske. Ingen andre møtetyper i en avdeling fasiliteter samme hyppighet og kontinuitet som rapportmøtene. Noen avdelinger holder debriefingsmøter for personalet, hvor uforutsette hendelser gjennomgås. Vår studie viser at en vesentlig del av dette også foregår i rapportmøtene.

Samarbeid og ivaretagelse av pårørende er sentralt for pasientens velferd og pasientforløpet, samtidig som det også kan bidra til å skape stress hos personalet. Tradisjonelt har slikt stress vært ivaretatt av praksisfellesskapet (Elstad & Hamran,

2004) og funnene underbygger at rapportmøtene ikke bare ivaretar den enkelte ansatte og samarbeidet, men inkluderer en helse- miljø- og sikkerhetsfunksjon ved å forebygge opphoping av stress og utbrenthet (Giske et al., 2017). Rapportmøtene viser seg å være en viktig arena for de ansatte å bli hørt, for å dele opplevelser, og bygge gode arbeidsfellesskap (Abraham et al., 2016; Hamran, 1991). Vi har vist til studier utført i ulike europeiske land, som gjenspeiler lignende problemstillinger som i Norge. Vi vurderer dem som relevant og med overføringsverdi til norske forhold.

Det er viktig å vektlegge ansattes arbeidshelse, og vurdere konsekvenser grundigere, før det kuttes ytterligere i rapport-tiden i helsetjenesten. Det er viktig å tilrettelegge best mulige arbeidsforhold for å beholde og rekruttere sykepleiere framover.

Pasientpleien og de faglige diskusjonene

Studien viste at tema nært knyttet til pleie og behandling var den nest største kategorien. Pasientpleie og organisatorisk virksomhet er uløselig knyttet til hverandre i sykepleierens funksjon (Allen & Birkeland, 2019). Funnene viser at informasjonen som overføres muntlig i rapportmøtene omhandler begge disse områdene.

Etter innføringen av EPJ er tid som brukes til rapport blitt innskrenket, og mange steder også blitt erstattet av stille rapport (Dolonen, 2017). Mindre tid til muntlig rapport fører til et større søkelys på skriftlig informasjon. Når det forventes at muntlig informasjon skal erstattes av skriftlig, er det viktig å være klar over at dette nødvendigvis ikke inneholder det samme. Jeffries påpeker at skriftlig og muntlig informasjon om pasienten ofte ikke er likelydende, men påpeker at muntlig informasjon inneholder mer enn skriftlig dokumentasjon (Jefferies et al., 2012). I studiet til Lamond (2000) kom det fram at det var mer informasjon som ble dokumentert skriftlig enn det som ble formidlet muntlig i rapportene, men at faglige vurderinger knyttet til informasjonen ofte ble formidlet muntlig, og ikke ble skrevet ned. I pasientjournalen blir for eksempel blodtrykksmåling og -verdi notert, mens utviklingen og vurderinger rundt pasientens totaltilstand formuleres muntlig. Kontinuerlige viktige vurderinger foregår mellom helsepersonell for å sikre pasientene den beste pleien og utvikle fagkunnskapen (Elstad & Hamran, 2004). Funnene viste at det kunne være mange ulike yrkesgrupper til stede i rapportmøtene. Det å kunne dele vurderingene rundt pasientens totale tilstand bidrar til en felles tverrfaglig forståelse.

Helsepersonelloven pålegger alle med behandlingsansvar å dokumentere skriftlig i EPJ (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Allen understreker at muntlig formidling av informasjon om pasienten *ikke bare* er en gjentakelse av det som er nedskrevet, formidlingen inneholder i tillegg også forløpshistoriene til pasientene. Forløpshistorien inneholder en forståelse for sammenhenger rundt pasienten i

fortid, nåtid og framtid, og er svært sentrale i den individuelle tilpasningen av pleien, og planleggingen av det videre pasientforløpet. For å kunne tilrettelegge for god og pasientsentrert omsorg, må pasientenes historie gjøres kjent, det holder ikke med en statusrapport over situasjonen her-og-nå (Allen & Birkeland, 2019). Når personalet selv må orientere seg i skriftlig dokumentasjon i EPJ for å orientere seg om pasienten, mener vi at en større dimensjon om pasienten kan gå tapt. Helsedirektoratets rapport viser at de kommunale journalsystemene har store utfordringer og forbedringspotensialer med både innhold og funksjonalitet (Helsedirektoratet, 2014). For at EPJ skal gi mulighet for en fullstendig beskrivelse av pasientens situasjon og forløpshistorie, vil det kreve bedre innhold og funksjonalitet. Etter vår oppfatning muliggjør ikke dagens elektroniske journalsystem, med bruk av ulike kodeverk og klassifiseringssystemer, å synliggjøre det relevante i forløpshistoriene. Arbeid med felles journalløsninger pågår, men målet er ikke nådd (Direktoratet for e-helse, 2016a). Funnene i denne studien viste at muntlig utdyping, eller sammenbinding av informasjonen i EPJ, fremdeles blir formidlet i rapportsituasjoner, og er viktig for å ivareta pasientsikkerheten og kvaliteten i pleie og omsorg. Det har oppstått nye møteformer, som eksempelvis «tavlemøter» og «gruppemøter», hvor pasientbehandling reflekteres og diskuteres. Disse møtene forekommer mindre hyppig enn rapportmøtene.

Funnene i undersøkelsen vår viste at rapportmøtene ofte ble brukt til faglige diskusjoner, undervisning og veiledning. Orvik (2015) poengterer at det foregår kontinuerlig kvalitetssikring og kompetanseheving mellom personalet i rapportmøtene. I undersøkelsen kom det fram at det kunne være flere ulike yrkesgrupper til stede under rapportmøtene. Dette gir mulighet for tverrfaglige diskusjoner og bredere tilnærminger rundt pasientene, som øker den felles faglige forståelsen for pasientenes situasjon. Vi mener at fagutvikling er avgjørende for pasientsikkerheten, og at delt kunnskap gir økt kompetanse som igjen vil øke engasjementet og stimulere en positiv utvikling av pleiekulturen i avdelinga.

Studien viste at de ansattes personlige og private forhold ble minst omtalt i rapportmøtene. Når ledelsen kutter i rapporttiden eller innfører «stille rapport» uten å undersøke hva rapporttiden brukes til, undrer vi oss over om ledelsen i helsetjenesten kan ha en oppfatning om at rapportmøtene også brukes til utenomfaglige tema? Vi mener at vår studie, på tross av et begrenset datamateriale, har synliggjort at rapportmøtene i svært liten grad brukes til privat prat.

Det unike med rapportmøtene ved hvert vaktskifte er, som tidligere nevnt, at avdelingens personale har et forum for nære hendelser og daglig planlegging, og personalgruppen kan diskutere nyoppståtte problemstillinger mens de er ferske. Erfaringsvis har vi sett at tema som kan komme fram i et rapportmøte kan omhandle: hvordan bruker vi det nye smittevernutstyret, hvordan løser vi sykefraværet til helgen, hvordan skal vi møte pårørende med en felles holdning,

eller snakke om opplevelser rundt det uventede dødsfallet som skjedde i natt? Blir rapportmøtet tatt bort, kan avdelingen miste en felles arena for å ta opp umiddelbare behov og problemstillinger til avklaring og diskusjon. Man vil også miste et forum for umiddelbar erfaringsdeling og tverrfaglige diskusjoner knyttet til endringer i pasientenes tilstand (Elstad & Hamran, 2004).

Et annet viktig funn var at rapportmøtene ble benyttet til undervisning og veiledning, noe som viser at personalgruppen jevnlig har et behov for å oppdatere seg faglig til aktuelle gjøremål. Det er behov for å få utveksle prosedyrer og begrunnelser for å ivareta kvalitet på eget arbeid, og å diskutere alternative framgangsmåter. En reduksjon i rapporttiden kan få konsekvenser for kunnskapsdelingen. Avdelingen vil miste et kontinuerlig samlet forum for vaktens personale og den som er vaktens leder. Sykepleiere omtales som, og opplever seg selv som *limet* i helsetjenestene (Allen & Birkeland, 2019). Limet beskrives som å bringe sammen relevante aktiviteter, informasjon og personer ut fra pasientens behov og tjenestens ressurser.

Utfordringer framover

Gjennom å opprettholde begrepet *rapport* som betegnelse for møteformen rapportmøte, mener vi helsetjenesten selv bidrar til å underkommunisere og kamuflere sykepleiernes organiserings- og koordineringsvirksomhet. Vi mener det er på tide å diskutere en ny betegnelse for *rapporten*, som reflekterer det mangefasettede innholdet denne undersøkelsen viser at rapportmøtene har.

Vi hevder sykepleiere må bli mer bevisst på å argumentere og sette ord på organiseringsarbeidet, framheve egen kompetanse på organisering, og bidra til å gjøre det «usynlige» arbeidet synlig. Det organisatoriske fokuset må vektlegges tilstrekkelig i sykepleierutdanningen, slik at det ikke skapes et misforhold mellom forventninger om hva sykepleie *er*, og den sykepleiehverdagen nyutdannede sykepleiere skal koordinere og lede. Godt forberedte sykepleierstudenter kan forebygge det omtalte realitetssjokket som flere beskriver at mange opplever som nyutdannet sykepleier (Orvik, 2009; Århus & Olsen, 2020). Flukten fra sykepleieryrket er stor, og SSB-rapporten (2019) viser at vi i Norge vil mangle 28 000 sykepleiere i 2035. Gode arbeidshygieniske forhold og realistiske forventninger til yrket, mener vi kan bidra både til rekruttering til yrket, og til at sykepleiere blir værende i yrket.

Studiens styrker og begrensninger

Utgangspunktet var å undersøke hva rapportmøter i helsetjenesten inneholder. Krippendorffs innholdsanalyse ble valgt fordi den kombinerer både kvalitative og kvantitative aspekter. Det samsvarer med designet hvor vi inkluderer og analyserer målbare data for hvor hyppig ulike tema omtales på rapportmøter, i en kvalitativ innholdsanalyse. Studentene fikk muntlig informasjon om prosjektet av oss, som lærere og prosjektansvarlige. Vi har i ettertid stilt oss spørsmål om informasjonen

burde vært gitt av andre enn oss selv, for å skape større avstand i rekrutteringsprosessen. Vi har imidlertid vurdert at distanse til selve prosjektet ble ivaretatt ved at studentene frivillig underskrev informert samtykke, og andre lærere tok imot samtykkeerklæringen. Etter at studentene hadde samtykket til å delta, forklarte vi ikke punktene i registreringsskjemaet nærmere fordi vi ønsket at studentene kunne registrere fra rapportsituasjonene uten å være farget av våre oppfatninger. Muligheten til å fylle inn fritekst ble lite benyttet, noe vi tolker som at punktene i skjemaet var forståelige og at punktene i skjemaene samsvarte med innholdet i rapportmøtene.

Å gjøre en undersøkelse nært eget felt stiller store krav til forskere, noe vi var bevisst på. En fordel ved å forske nært eget felt kan være å oppnå et blikk som ser innenfor feltet, og kan se dimensjoner som eksterne forskere kan gå glipp av (Paulgaard, 1997). Ved å bruke studenter til å samle data og registrere i elektroniske skjema, istedenfor selv å utføre deltagende observasjon, mener vi en mulig forskereffekt i feltet ble redusert. I tillegg oppnådde vi som forskere en større distanse til materialet. Forskere i eget felt kan ikke oppfattes som nøytral (Wadel & Fuglestad, 2014). Vi var oppmerksomme på utfordringen mellom å ha nærhet og bevare avstand til feltet, og vi var ikke veiledere i praksis for studentene som samlet data. Vi rekrutterte åtte studenter, men hadde ønsket flere. De leverte inn 58 skjema, og det vurderte vi som et egnet materiale. Studentenes ulike praksisplasser bidro til et variert datamateriale. Vi kan ikke generalisere ut fra datamengden, men vi mener dataene allikevel er tilstrekkelig til å gi informative opplysninger om innholdet i rapportmøter.

Konklusjon

Utgangspunktet for studien var en undring over hva rapportmøter egentlig inneholder. Vi fant at rapportmøter inneholder mer enn overlevering av pasientinformasjon og helseopplysninger.

Rapportmøtene har fremdeles en sentral funksjon fordi helsepersonell deler kunnskap, og utvikler kompetanse og felles faglig forståelse. Organisering og planlegging av arbeidshverdagen ble mest omtalt i rapportmøtene. Den organisatoriske funksjonen er avgjørende for planleggingen av arbeidshverdagen, for effektiv drift av avdelingen, pasientsikkerhet og kvalitet. Rapportmøtenes hyppighet og kontinuitet gir en unik arena.

Innholdet i, og forholdene rundt muntlige rapportmøter, må få større fokus og bli gjenstand for mer forskning, mens arbeidet med videreutvikling og forbedring av EPJ pågår. Det gjør oss bekymret at muntlig rapporttid fremdeles reduseres, uten konsekvensutredning, når funnene i studien avdekket at innholdet i rapportmøtene er så mangfoldig. Sykepleierne må bli mer bevisst på å beskrive og synliggjøre egen organisatoriske funksjon. Sykepleiernes organisatoriske funksjon må også tydeliggjøres og vektlegges mer i sykepleierutdanningen.

Takk til våre bidragsyttere

Vi vil takke studentene som velvillig stilte opp og utførte datasamlingen, og vi vil takke forskningsgruppen PASDI (Pasientsikkerhet, dokumentasjon og informasjon) og førsteamanuensis Rose Mari Olsen for støtte i skriveprosessen.

Litteratur

- Abraham, J., Kannampallil, T., Brenner, C., Lopez, K. D., Almoosa, K. F., Patel, B. & Patel, V. L. (2016). Characterizing the structure and content of nurse handoffs: A Sequential Conversational Analysis approach. *J Biomed Inform*, 59, 76-88. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2015.11.009>
- Allen, D. & Birkeland, E. U. (2019). *Sykepleiernes usynlige arbeid : organisering av sykehus og pasientomsorg* (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Direktoratet for e-helse. (2016a, 24.08.21). Behovet for Én innbygger – én journal. Hentet fra <https://www.ehelse.no/strategi/en-innbygger-en-journal>
- Direktoratet for e-helse. (2016b, 23.09.21). Om oss/om e-helse. Hentet fra <https://www.ehelse.no/om-oss/om-direktoratet-for-e-helse>
- Direktoratet for e-helse. (2018). Veikart for realiseringen av målbildet Én innbygger - én journal. Hentet fra <https://ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-realiseringen-av-malbildet-en-innbyggeren-journal>
- Dolonen, A. K. (2017). St. Olav kvesser sparekniven og kutter i sykepleier rapporten. *Sykepleien*(Issue). Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/09/stolav-tar-frem-sparekniven-og-kutter-i-sykepleier- rapporten>
- Elstad, I. & Hamran, T. (2004). *Et kvinnefag i moderniseringen : sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Giske, T., Melås, S. N. & Einarsen, K. A. (2017). The art of oral handovers: A participant observational study by undergraduate students in a hospital setting. *J Clin Nurs*.
- Hamran, T. (1991). *Pleiekulturen : en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2014). Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten (IS-2221). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/elektronisk-pasientjournal-i-omsorgstjenesten/Elektronisk%20pasientjournal%20i%20omsorgstjenesten.pdf/_attachment/inline/6a249aa4-a739-4480-9236-9da7281ab281:6b2dc9cf315adff4fd36bd0783d1878c4307bd37/Elektronisk%20pasientjournal%20i%20omsorgstjenesten.pdf
- Helsedirektoratet (2017). Ledelse av pasientsikkerhet-hva innebærer det? Hentet fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/ledelse-av-pasientsikkerhet>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Meld. St. 9. (2012 - 2013) Én innbygger - én journal. Oslo: Regjeringen. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>

- Jefferies, D., Johnson, M. & Nicholls, D. (2012). Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. *Contemp Nurse*, 42(1), 129-138. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.1.129>
- Kitson, A. L., Athlin, A., Elliott, J. & Cant, M. (2014). What's my line? A narrative review and synthesis of the literature on Registered Nurses' communication behaviours between shifts. *J. Adv. Nurs.*, 70(6), 1228-1242. <https://doi.org/10.1111/jan.12321>
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis : an introduction to its methodology* (2. utg.). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Lamond, D. (2000). The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. *J Adv Nurs*, 31(4), 794-804. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01349.x>
- Michel, L., Waelli, M., Allen, D. & Minvielle, E. (2017). The content and meaning of administrative work: a qualitative study of nursing practices. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), 2179-2190. <https://doi.org/10.1111/jan.13294>
- Moen, A., Mølstad, K. & Dale, C. (2009). Den problematiske sykepleiedokumentasjonen. *Sykepleien*, 03.06. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2003.0014>
- Moen, A., Quivey, M., Mølstad, K., Berge, A. & Hellesø, R. (2008). *Sykepleieres journalføring : dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.
- Mølstad, K., Henriksen, I. H. (2001). ICNP : International classification for nursing practice = internasjonal klassifikasjon for sykepleiepraksis. Oslo: Forlaget Norsk sykepleierforbund.
- Orvik, A. (2009). Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. *Sykepleien*, (8), 42-46. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0023>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur : innenfra, utefra eller begge deler? (s. 70-93). Oslo: Universitetsforl., cop. 1997.
- Statistisk sentralbyrå (2019) *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. (Rapporter 2019/11) Oslo Statistisk sentralbyrå (SSB).
- Stewart, K. R. & Hand, K. A. (2017). SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *Medsurg nursing*, 26(5), 297-305.
- Wadel, C., & Fuglestad, O. L. (2014). *Feltarbeid i egen kultur* (Rev. utg. av Carl Cato Wadel og Otto Laurits Fuglestad). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- WMA General assembly, H., Finland. (1964, 10.2013). WMA Declaration of Helsinki. Retrieved from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Århus, R. M. & Olsen, T. Å. (2020). Nyutdanna sjukepleiarar får realitetssjokk i yrkeskvarden. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80947>

Hvorfor holdes det fremdeles muntlige rapporter i helseinstitusjoner
når helsepersonell har tilgang til elektronisk pasientjournal?